



Zahnarztpraxis Dr. Dirk Höfer

Große Schulstraße 32

49078 Osnabrück

Datenschutzerklärung bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Art. 13 DSGVO.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Dr. Höfer und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet.

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Ärzte, Zahntechniker, KassenzahnArztlicher Vereinigungen, Krankenkassen oder privatArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Aufgrund gesetzlicher Prüfpflichten kann der Zahnarzt verpflichtet sein, Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behore an die ZahnArztliche Stelle Röntgen zu übersenden.

Patient/in:

Vor- und Nachname	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

Behandlung (auch mitbehandelnde Kollegen und Kolleginnen sowie Dental-Labore); Abrechnung; Erinnerungsservice per Post, Telefon (SMS und WhatsApp) oder E-Mail

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

_____, den _____

Patient/in



Schweigepflichtentbindung

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten, Befunden und Röntgenbilder - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt Dr. Höfer Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die bei einem anderen Zahnarzt, Hausarzt oder Facharzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin/war, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Zahnarzt weiterzuleiten. Mein Zahnarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bin damit einverstanden, dass mein vorheriger Zahnarzt Dr. Höfer die für meine Behandlung erforderlichen Daten, Befunde und Röntgenbilder an meinen neuen Zahnarzt, Hausarzt, Facharzt oder anderen Leistungserbringer, bei dem ich jetzt in Behandlung bin, weiterleitet. Mein neuer Zahnarzt, Arzt oder Facharzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Ort Datum

.....
Unterschrift des Patienten